

	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)						Código Regional	11	
SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	REGIONAL DISTRITO CAPITAL							Código Centro	940310
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.								Fecha Elaboración	Noviembre de 2024
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								Versión	MARZO 2024 - 2,24
								ID de Proceso	99515-587694
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:	MARCELA RIAÑO BARRETO				Banco a consignar:	AV VILLAS			
Cédula de Ciudadanía	1.012.346.393				Tipo de cuenta:	AHORROS			
Correo electrónico:	mriano39@misena.edu.co				Número de Cuenta:	042787239			
IP/Nº de contacto:	15950				Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO			
Inducción SST:	SI				Pertenece al régimen simple de tributación:	NO			
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE				Es declarante de renta por el año gravable 2023	SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000						SI			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO			
Concepto del pago corresponde a: TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						Ninguno 0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
Nº del contrato:	5862079/2024			Nº Compromiso SIIF	14724		Número de pagos durante la vigencia del contrato	11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO						
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del	01/11/2024		Aí	30/11/2024		Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.204.655		
Número de pago	10					Valor Total del Contrato:	\$ 37.357.857		
Valor Bruto Pago:	\$ 3.238.452,00					Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 1.966.203		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios	\$ 3.238.452				Ninguno	0,00%			
Ingresos por comisiones	\$ 0				Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0								
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.238.452				Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.127.252				TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
				Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.127.252,00	TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS				-----	81809952	Base retención en la fuente a título de ICA	2.867.952,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC				\$ 1.300.000	\$ 1.665.490	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud				\$ 162.500	\$ 208.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión				\$ 208.000	\$ 266.500	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional				\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%	
ARL III				\$ 31.700	\$ 40.600	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	27.704,00	0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -	-		0,00	0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -	-		0,00	0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -	-		0,00	0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias				\$ -	-		0,00	0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC				\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias				\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda				\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Dependientes hasta				\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta \$ 753.040				\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% \$34.082.904				\$ 709.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.787.000							0,00		
Retención en la Fuente Contigente				\$		Descuentos de embargo (Si tiene) VALOR A PAGAR	0,00 \$3.210.748,00		
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
ASISTIR A PRACTICA CLINICA EN EL SERVICIO DE QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL DE KENNEDY									
ASISTIR PERSONAS SEGÚN LA ETAPA DEL CICLO VITAL Y GUÍAS DE MANEJO DE SALUD									
ASISTIR PACIENTES QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON GUÍAS DE MANEJO Y NORMATIVA DE SALUD									
Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización.									
APOYAR LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DE ACUERDO CON DELEGACIÓN, PROTOCOLOS Y TECNOLOGÍA REQUERIDA									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí						MARCELA RIAÑO BARRETO EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:						<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.						EDINSON ELJADUE CASTILLA INSTRUCTOR			
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1012346383	MARCELA RIAÑO BARRETO	Calle 51 B sur N 88C-46	3143616561	marcela.riano.barreto@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-10	2024-10	81809952				
					\$525.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	208.200	0		0		0	0
									208.200
									1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800228739-0	266.500	0	0	0	0	0	0
									266.500
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	
				No. Autorización	Valor	Aportes Sistemas	Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.600				40.600	0	0
								40.600	40.600
								406	40.600

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre		NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja		860066942-7	10.000	0	0	10.000	10.000	1

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	208.200	208.200
Pensión	1	266.500	266.500
Riesgos Laborales	1	40.600	40.600
CCF	1	10.000	10.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	525.300	525.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012346393	MARCELA RIANO BARRETO		Calle 51 B sur N 88C-46	3143876561	marcela.riano.barreto@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR			
2024-10	2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81809952	\$25.300

[illegible]